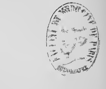
TITRES

ET

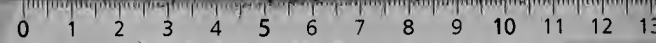
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Henri HERBET



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1904



TITRES SCIENTIFIQUES

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS, 1893.

INTERNE DES HOPITAUX, 1894.

AIDE D'ANATOMIE, 1897.

PROSECTEUR DES HOPITAUX, 1899.

DOCTEUR EN MÉDECINE, 1900.

LAURÉAT DES HOPITAUX.
Médaille d'argent du Concours des prix de l'internat, 1899.

LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.
Prix de thèse, médaille de bronze, 1900.

LAURÉAT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.
Prix Marjolin-Duval, 1900.

MEMBRE ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

ENSEIGNEMENT

Conférences d'externat et d'internat.

Conférences d'anatomie : Ecole pratique, 1897-1898, 1898-1899 (Adjuvat).

Cours d'anatomie et de médecine opératoire : amphithéâtre des hôpitaux, 1899-1900, 1900-1901, 1901-1902, 1902-1903 (Prosectorat).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE DU SYMPATHIQUE CERVICAL

Le sympathique cervical. Etude anatomique et chirurgicale.
Thèse de Paris, 1900.

Dans cette étude anatomique, nous avons eu surtout pour but de fixer la situation topographique du sympathique cervical de façon à en permettre au chirurgien la découverte facile.

1° Situation du sympathique cervical et ses rapports avec les aponévroses du cou.

Nous avons cherché à préciser la disposition de ces aponévroses et la situation qu'occupe le sympathique par rapport à elles. Voici la description qui nous paraît se rapporter le mieux à la réalité.

Il existe au cou trois aponévroses absolument nettes et que tous les auteurs admettent :

1° L'*aponévrose superficielle* formant avec le sterno-mastoïdien et le trapèze qu'elle enveloppe un premier plan musculo-aponévrotique.

2° L'*aponévrose moyenne*, réunissant en un deuxième plan musculo-aponévrotique les muscles sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, omo-hyoïdien et angulaire de l'omoplate.

3° Une *aponévrose prévertébrale*, aponévrose d'enveloppe des muscles prévertébraux ; elle s'arrête au niveau des apo-

physes transverses, là où commence l'aponévrose d'enveloppe des scalènes.

Indépendamment de ces trois aponévroses, nous en décrivons une quatrième, l'*aponévrose profonde du cou ;* elle part des tubercules antérieurs des apophyses transverses, se dédouble pour envelopper le paquet vasculo-nerveux du cou, et former ainsi ce qu'on appelle la *gaine vasculaire*. En dedans des vaisseaux les deux feuillets se réunissent, puis bientôt se séparent de nouveau pour envelopper la trachée, le corps thyroïde et l'œsophage dans une seconde gaine, *gaine viscérale*.

Nous avons cherché ce que devenait cette aponévrose en haut, vers le crâne ; en bas, vers le thorax.

En haut, des deux feuillets de cette aponévrose, l'antérieur parti de l'apophyse basilaire s'insère sur la crête musculaire qui marque les insertions du droit antérieur. Il croise la face inférieure du rocher près du sommet de la pyramide, suit la crête qui borde en dehors l'orifice inférieur du canal carotidien, et arrive à la base de l'apophyse styloïde. De là, il se porte en arrière vers le mastoïde en laissant en dehors de lui le trou stylo-mastoïdien et le nerf facial qui en sort.

Le feuillet postérieur se sépare du précédent à l'extrémité externe de la crête musculaire. Il borne en dedans le trou condylien antérieur, le trou déchiré postérieur, et va se continuer avec le feuillet postérieur au niveau de la mastoïde, en dedans du trou stylo-mastoïdien. A ce niveau, le sympathique n'est pas complètement séparé des vaisseaux, comme on le dit ordinairement, il est dans la même gaine, et, lorsqu'on récline le paquet vasculo-nerveux du cou, le sympathique suit et ne reste pas appliqué sur la colonne vertébrale.

Plus bas, les choses se modifient. Les deux feuillets de la gaine vasculo-nerveuse sous-crânienne semblent se séparer. La carotide, la jugulaire, le pneumogastrique suivent le feuillet antérieur, le sympathique, au contraire, semble accaparer pour lui seul le feuillet postérieur. Il n'est donc plus en rapport aussi intime avec les vaisseaux. Lorsqu'on récline le paquet vasculaire, on entraîne le pneumogastrique, mais le sympathique reste appliqué sur la face antérieure de la colonne vertébrale.

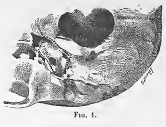


Fig. 1.

A la partie inférieure, la séparation des deux feuillets s'exagère encore par la présence des vaisseaux sous-claviers et de leurs branches, en particulier du tronc thyro-scapulaire. Il se forme ainsi un espace en forme de pyramide à base inférieure. Enfin, les deux feuillets aponévrotiques plus ou moins dissociés viennent se perdre sur le diaphragme fibreux cervico-thoracique qui ferme latéralement l'orifice supérieur du thorax.

Les branches du sympathique sont comprises entre les deux feuillets de cette aponévrose profonde, sauf les branches d'anastomose avec les nerfs rachidiens qui nécessairement doivent perforer le feuillet aponévrotique postérieur.

2° Anatomie topographique.

Nous étudions dans ce chapitre :

1° Les rapports du ganglion cervical supérieur ;

2° Les rapports du tronc du sympathique ;

3° Les rapports du ganglion cervical inférieur.

Nous avons insisté surtout sur les rapports du sympathique dans cette dernière portion. Les deux figures ci-contre montrent les rapports du ganglion inférieur et les difficultés que rencontrera l'opérateur dans la sympathectomie cervicale totale. Il lui faudra, tout en travaillant au fond d'un puits étroit et profond, récliner le tronc thyro-scapulaire d'abord, puis les vaisseaux vertébraux très volumineux. Il lui faudra éviter encore l'artère intercostale supérieure, la veine jugulaire postérieure, le sommet de la plèvre.

3° Branches. — Nous les divisons en trois groupes :

1° *Branches supérieures ou crâniennes ;*

2° *Branches internes ou viscérales comprenant :*

a) Le plexus carotidien ;

b) Les rameaux viscéraux.

Nous avons étudié particulièrement les rameaux destinés au corps thyroïde. De nos recherches il résulte que le corps thyroïde reçoit, indépendamment des plexus peu importants qui accompagnent les artères thyroïdiennes, deux ou trois filets venant du laryngé supérieur pour son pôle supérieur, un ou deux rameaux inconstants du laryngé inférieur pour son pôle inférieur, et quelques filets directs du sympathique pour sa partie moyenne.

c) Rameaux cardiaques.

Il en existe trois d'ordinaire : ce sont les nerfs cardiaques supérieur, moyen et inférieur. J'ai remarqué que

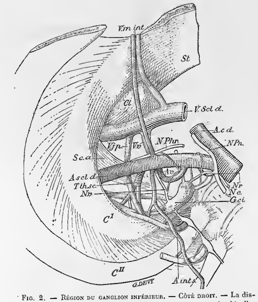


Fig. 2. — Région du ganglion inférieur. — Côté droit. — La dissection a été faite par l'intérieur de la cage thoracique, après décollement du cul-de-sac supérieur de la plèvre.

St. Sternum — *Cl.* Clavicule. — *CI. CII.* les deux premières côtes. — *Sc. a.* scalène antérieur. — *V. scl. d.* veine sous-clavière droite. — *V. m. int.* vaisseaux mammaires internes. — *V. v.* veine vertébrale. — *V. j. p.* veine jugulaire postérieure. — *A. c. d.* Artère carotide droite. — *A. s. cl. d.* artère sous-clavière droite. — *A. v.* artère vertébrale. — *A. int. s.* artère intercostale supérieure. — *T. th. sc.* tronc thyro-scapulaire. — *G. c. in.* ganglion cervical inférieur. — *N. v.* nerf vertébral. — *N. c.* nerf cardiaque inférieur. — *N. pn.* nerf pneumogastrique. — *N. phr.* nerf phrénique.

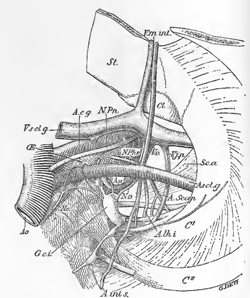


Fig. 3. — Région du ganglion cervical inférieur. — Côté gauche.
Même préparation que la fig. 2.

Œ. œsophage. — *Ao*. aorte. — *A. scap*. artère scapulaire et *A. th. i.* artère thyroïdienne inférieure, naissant isolément. (A droite elles viennent d'un seul tronc). — *St*. sternum. — *Cl*. clavicule. — *CI. CII.* les deux premières côtes. — *Sc. a*. scalène antérieur. — *V. scl*. d. veine sous-clavière droite. — *V. m. int*. vaisseaux mammaires internes. — *V. v*. veine vertébrale. — *V. j. p*. veine jugulaire postérieure. — *A. c. d*. artère carotide droite. — *A. s. cl. d*. artère sous-clavière droite. — *A. v*. artère vertébrale. — *A. int. s*. artère intercostale supérieure. — *T. th. sc*. tronc thyro-scapulaire. — *G. c. in*. ganglion cervical inférieur. — *N. v*. nerf vertébral. — *N. c*. nerf cardiaque inférieur. — *N. pn*. nerf pneumogastrique. — *N. phr*. nerf phrénique.

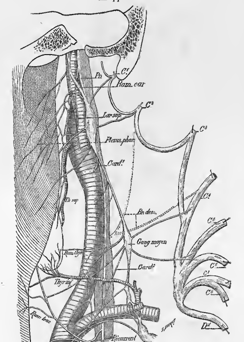


Fig. 4. — Sympathique cervical. — Vu par la face postérieure (On a fait la coupe du pharynx. Les nerfs rachidiens C¹ C² C³... ont été détachés et épinglés latéralement).

*Card*¹. nerf cardiaque supérieur. — *Card* ². nerf cardiaque moyen. — *Card*³. nerf cardiaque inférieur. — *Th. s.* artère thyroïdienne supérieure. — *Thyr. inf.* artère thyroïdienne inférieure. — *Pn.* nerf pneumogastrique. — *Lar. sup.* nerf laryngé supérieur. — *Plexus phar.* plexus pharyngé. — *Ram. thyr.* rameaux thyroïdiens. — *Ram. trach.* rameaux trachéaux. — *Br. desc.* branche descendante du plexus cervical.

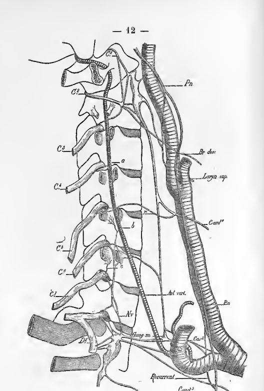


Fig. 5. — Sympathique cervical. — Côté droit.

C[1] *C*[2] *C*[3]... les nerfs rachidiens. — *Pn*. nerf pneumogastrique. — *Laryng. sup.* nerf laryngé supérieur. — *Br. desc.* branche descendante du plexus cervical. — *Card*[1]. nerf cardiaque supérieur (naît ici très bas). — *Card*[2]. nerf cardiaque moyen. — *Gang. m.* ganglion moyen. — *Card*[3]. nerf cardiaque inférieur passant dans l'anse du nerf récurrent. — *Art. vert.* artère vertébrale. — *N. v.* nerf vertébral. — *a. b. c.* rameaux se perdant sur l'artère vertébrale. — *r* rameau de communication profond.

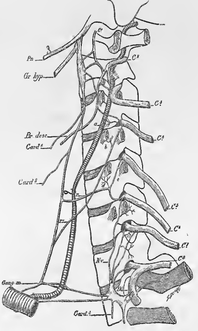


Fig. 6. — Sympathique cervical.

C^1 C^2 C^3... les nerfs rachidiens. — *Pn.* nerf pneumogastrique. — *Gr. hyp.* nerf grand hypoglosse. — *Br. desc.* branche descendante du plexus cervical. — *Card*1. nerf cardiaque supérieur. — *Card*2. nerf cardiaque moyen. — *Card*3 nerf cardiaque inférieur. — *N. v.* nerf vertébral, — *a. b. c. d. e.* rameaux se perdant sur l'artère vertébrale. — *r r'* rameaux de communication profonds. — *Gang. m.* ganglion moyen.

fréquemment, *le nerf cardiaque inférieur droit* venu du ganglion inférieur par un ou deux rameaux d'origine, *suit la face inférieure de l'artère sous-clavière et passe dans l'anse du récurrent entre ce nerf et l'artère ;*

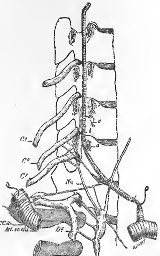


Fig. 7. — Nerf vertébral.

N. v. nerf vertébral naissant des 6e et 7e nerfs cervicaux C6 C7. — *a. b. c. d.* petits rameaux se perdant sur l'artère vertébrale. — *Art. so. cla.* artère sous-clavière sectionnée et érignée.

3° *Branches externes ou d'anastomose avec les nerfs rachidiens.* — Chacune des paires rachidiennes est reliée au sympathique.

Les trois premiers nerfs cervicaux sont reliés au ganglion cervical supérieur. Le quatrième nerf ainsi que le cinquième, envoient d'ordinaire un rameau long et très oblique au ganglion moyen, parfois au ganglion inférieur. Les sixième, septième et huitième nerfs cervicaux, ainsi que le premier nerf thoracique ont en général deux rameaux anastomotiques les reliant aux ganglions cervical inférieur et premier thoracique.

Indépendamment de ces rameaux superficiels, il existe des anastomoses profondes : le nerf vertébral est formé de rameaux venus des sixième, septième et huitième paires dans l'intérieur du canal vertébral. Ces rameaux se rendent au ganglion inférieur.

Il existe de plus d'autres rameaux profonds qui naissent de la partie moyenne du tronc sympathique, pénètrent entre les muscles longs du cou et intertransversaires, arrivent dans le canal vertébral et vont aboutir à une ou deux racines rachidiennes (ordinairement à la quatrième et à la cinquième).

Tous ces rameaux profonds contribuent à la formation du plexus qui entoure l'artère vertébrale.

4° Etude histologique. — Dans ce chapitre, qui ne présente rien de personnel, nous avons résumé rapidement les connaissances actuelles au sujet de la structure des ganglions et du trajet des fibres, soit dans le tronc du sympathique, soit dans les branches d'anastomose.

5° Etude physiologique. — De même au point de vue physiologique, nous avons résumé ce que l'on sait actuellement sur l'action du sympathique cervical :

Sur les vaisseaux cérébraux ;
Sur l'appareil oculaire ;
Sur le corps thyroïde ;
Sur le cœur.

II. — CHIRURGIE DU SYMPATHIQUE CERVICAL.

Résection du sympathique cervical (partie chirurgicale de ma thèse. Paris, 1900).

Nous avons étudié les résultats de cette opération dans le goître exophtalmique, dans l'épilepsie, dans le glaucome.

1° SYMPATHICECTOMIE DANS LE GOITRE EXOPHTALMIQUE. — Depuis que le professeur Jaboulay pratiqua pour la première fois, le 8 février 1896, la résection du sympathique cervical dans le goître exophtalmique, de nombreuses observations ont été publiées. Nous avons pu en réunir quarante. D'après ces observations, on peut conclure que la résection du sympatbique n'est pas par elle-même une opération grave, moins sérieuse à coup sûr que la thyroïdectomie ou toute autre intervention portant sur le corps thyroïde.

Au point de vue thérapeutique, les trois symptômes fondamentaux de la maladie de Basedow sont influencés par la résection du sympatbique et l'on note une diminution presque immédiate de l'exophtalmie, un affaissement du corps thyroïde, et, d'une façon moins constante, une diminution de la tachycardie. Malheureusement ces résultats sont variables suivant les sujets et suivant les cas traités. Certains malades (8) ont été complètement guéris, soit immédiatement après l'intervention, soit après une période d'incertitude plus ou moins longue. D'autres (16) ont été notablement améliorés.

De plus, nous avons pu suivre un certain nombre de ces malades ainsi opérés et constater que leur guérison se maintenait après plusieurs années. Bien qu'il soit prématuré de

conclure, il semble donc que la résection du sympathique soit une intervention logique, à préconiser dans certains cas. La difficulté est surtout d'en préciser les indications. Toutes les maladies de Basedow ne sont point semblables. Il est certains malades qui présentent avec les signes cardinaux de l'affection, un état mental tout particulier, un fond de tristesse incurable, un état d'irritabilité spécial. Ces malades, les traitements médicaux sont presque toujours impuissants à les améliorer et nous pensons que le traitement chirurgical ne peut guère donner chez eux que des résultats passagers.

Au contraire, on voit fréquemment des sujets auxquels le traitement médical bien conduit procure d'ordinaire sinon la guérison absolue, du moins une amélioration très grande. Il ne viendra à l'idée d'aucun chirurgien sérieux d'aller leur réséquer le sympathique.

Il existe encore des goitres exophtalmiques réflexes dont le point de départ peut être une affection des fosses nasales, une tumeur abdominale, un goître, etc. Ce sont des goitres qu'on a appelés goitres chirurgicaux, pour bien montrer l'importance du traitement chirurgical dans ces cas. La suppression de la cause irritante amène la disparition des symptômes réflexes.

Enfin, il y a des goitres exophtalmiques médicaux contre lesquels la sympathicectomie nous paraît devoir être préconisée quand le traitement médical s'est montré impuissant à enrayer la marche de la maladie.

Ce qui est difficile, c'est donc de poser les indications opératoires. Cette discussion des indications ne pourra malheureusement se faire sur une base sérieuse et sûre que le jour où nous serons éclairés sur la pathogénie de la maladie de Basedow.

2° Sympathicectomie dans l'épilepsie. — C'est dans le but de modifier la circulation encéphalique qu'Alexander, le premier, réséqua le sympathique. En supprimant les nerfs vaso-constricteurs des vaisseaux cérébraux on pense pouvoir lutter contre l'anémie cérébrale, cause immédiate de la crise épileptique.

Malheureusement ces idées sont toutes théoriques et les nombreux insuccès publiés pendant ces dernières années ont-ils fait renoncer la plupart des chirurgiens à toute espèce d'intervention portant sur le sympathique dans le traitement de l'épilepsie. Les quelques résultats favorables obtenus n'ont pas été durables ou se rapportent à des erreurs de diagnostic.

Jusqu'à plus ample informé, il semble que la sympathicectomie, même totale et bilatérale, ne donne aucun résultat dans le traitement de l'épilepsié vraie.

3° Sympathicectomie dans le glaucome. — Nous avons réuni vingt-trois observations de glaucomes traités par la résection du sympathique. Les résultats obtenus ont semblé favorables : diminution de la tension oculaire, disparition des douleurs péri-orbitaires et de la céphalalgie, enfin, dans certains cas, amélioration de la vue. Ces résultats seront-ils durables ? Il semble que la sympathicectomie doive être réservée aux glaucomes chroniques simples et aux glaucomes hémorragiques, car ces formes ne guérissent ni par l'iridectomie, ni par la sclérotomie. Dans le glaucome absolu, quand les ponctions sclérales n'ont amené aucune diminution des douleurs, on est en droit de proposer la résection du sympathique qui, si elle est impuissante à guérir le malade, peut du moins le soulager. La résection semble également indiquée dans le glaucome infantile ou buphtalmos.

III. — CRANE.

De la résection du ganglion de Gasser dans les névralgies faciales rebelles (En collaboration avec GÉRARD-MARCHANT). — *Revue de chirurgie*, 10 avril 1897, p. 287).

Dans ce travail, basé sur un ensemble de 95 observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale, nous avons cherché à mettre au point cette question de la résection du ganglion de Gasser.

Voici les conclusions de ce travail :

Il semble établi que certaines névralgies faciales rebelles ont pour origine une lésion gassérienne. Le seul traitement de cette véritable *gassérite* est la destruction du ganglion de Gasser.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion appréciable du ganglion et que son extirpation a été cependant suivie de la disparition de la névralgie, on peut expliquer la guérison par la destruction de cet organe, qui renferme les *neurônes*, ou cellules nerveuses dont la simple section des nerfs ne supprime que les prolongements.

La voie temporo-sphénoïdale est la plus commode pour aborder le ganglion : la recherche de ses branches, et surtout du maxillaire inférieur dans le trou ovale, constitue le point de repère le plus sûr pour découvrir et saisir le ganglion.

L'extirpation complète est possible. Le plus souvent le ganglion de Gasser a été incomplètement extirpé et détruit par le curettage ou le broiement ; souvent même on s'est contenté de la résection simple de ses branches.

L'hémorragie, la blessure des nerfs, la compression cérébrale, sont les différents accidents opératoires immédiats. Comme accidents consécutifs, on a à redouter, en dehors de l'infection (hémorragie secondaire), de l'intoxication iodoformée, les troubles oculaires, exceptionnellement des otites. Comme résultat opératoire immédiat, il faut noter la cessation de la douleur, mais aussi l'abolition de la sensibilité générale dans le territoire des trois branches, et surtout des deuxième et troisième branches : mais cette anesthésie ne persiste pas longtemps.

Le goût, l'odorat, l'œil, l'ouïe se trouvent diversement modifiés. Les mouvements de la mâchoire peuvent rester gênés. Au point de vue thérapeutique, la récidive est moins à redouter avec la destruction du ganglion qu'avec la simple section des branches.

Il ne semble pas, jusqu'à présent, que l'extirpation complète soit supérieure à la destruction simple du ganglion.

La mortalité brute a été de 17 sur 95 opérations :

66 opérations par la voie temporale ont donné 11 morts (dont 3 discutables), ce qui fait une mortalité de 12 pour 100.

29 opérations par la voie ptérygoïdienne ont donné 6 morts, soit 20, 60 pour 100.

15 cas d'extirpation complète ont donné 5 morts (dont 3 discutables), soit 13 pour 100.

60 cas d'extirpation incomplète ont donné 8 morts, soit 13, 33 pour 100.

16 cas de résection simple des branches ont donné 1 mort, soit 6, 66 pour 100.

Monstre anencéphale. — *Bulletin de la Société anatomique*, octobre 1897.

Fœtus de six mois, sexe féminin. En l'examinant on est immédiatement frappé par son facies bizarre qui rappelle beaucoup celui d'un batracien : la face est petite relativement ; la bouche béante laisse voir la voûte palatine divisée en deux parties par une scissure médiane. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'existence d'un spina bifida portant sur toutes les vertèbres rachidiennes et s'étendant même aux vertèbres céphaliques. La moelle n'existe pas, elle est remplacée par une sorte de tumeur fongueuse, de couleur noirâtre où l'on remarque un développement considérable des vaisseaux sanguins.

Au niveau du crâne, les choses sont plus compliquées : la voûte recouverte par une membrane pelliculaire est au point de vue du squelette, formée par deux masses osseuses irrégulières ressemblant à deux grosses apophyses épineuses élargies qui se rejoindraient sur la ligne médiane ; sous ces apophyses s'engage la masse fongueuse dont nous avons parlé.

En avant d'elles la voûte crânienne n'existe pas, et l'on voit directement la face supérieure de la base du crâne ; on reconnaît l'apophyse crista galli, le rebord supérieur de l'orbite, les nerfs olfactif et optique.

La mère est une primipare âgée de 16 ans, habituellement bien portante ; ses parents sont bien portants, mais sa tante maternelle, hystérique, a accouché d'un monstre semblable à celui que nous présentons, un autre de ses enfants était porteur d'un spina bifida, et les deux derniers bien constitués sont atteints de crises hystéro-épileptiques.

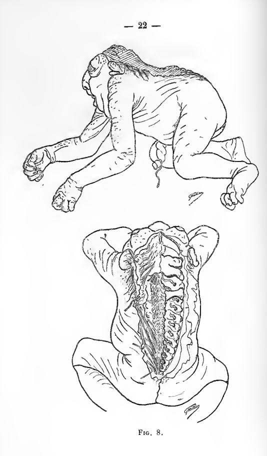


Fig. 8.

IV. — THORAX.

Fibrome du sein. — *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1897, p. 837.

Bel exemple de fibrome végétant ou lacunaire du sein. La tumeur, enlevée chez une femme de 45 ans, semblait faire corps avec la glande.

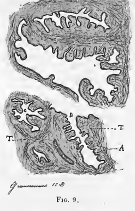


Fig. 9.

Au microscope on trouve sur les coupes des fentes à arborisations assez régulières au milieu d'un tissu fibreux compact. Ces fentes sont tapissées partout d'un épithélium

formé de grosses cellules les unes cylindriques, les autres polyédriques ou irrégulières. Elles sont souvent disposées en plusieurs couches. Elles tombent dans la cavité des fentes interpapillaires et s'accumulent surtout dans le fond des espaces entre deux végétations voisines.

Souvent les végétations sont en dents de scie. Comme cela se voit en A, dans une coupe longitudinale B de la fente, C est la coupe transversale d'une autre cavité. Le tissu conjonctif F est très épais, formé des fibres et des cellules aplaties de ce tissu.

Athrite scapulo-humérale consécutive à un cancer ulcéré du sein. — *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1896.

Il s'agit d'une récidive d'un cancer du sein opéré un an auparavant. La récidive eut lieu dans l'aisselle : elle envahit rapidement toute la région articulaire amenant une dégénérescence granulo-graisseuse des muscles et une soudure presque complète des surfaces articulaires.

Sclérose broncho-pulmonaire avec dilatation bronchique ayant simulé un hyste hydatique (En collaboration avec Louis Guillemot). — *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1896.

L'histoire clinique de ce malade présentait des particularités bien faites pour égarer le diagnostic ; après une période de toux, de douleurs dans la poitrine et d'bémoptysies, il fut traité dans un hôpital où on lui fit une ponction au niveau de la partie moyenne du poumon droit. Cette ponction ramena un liquide clair comme de l'eau ; la suppuration s'établit par la suite et des signes cavitaires furent constatés à ce niveau. On fit le diagnostic de kyste hydatique suppuré ouvert dans les bronches. L'intervention permit d'ouvrir

une cavité répondant probablement à une pleurésie enkystée. Le malade fut momentanément soulagé, mais 4 mois après il succombait dans l'hecticité. A l'autopsie on trouva un poumon présentant des lésions typiques de sclérose broncho-pulmonaire avec dilatation bronchique.

V. — HERNIES.

Hernie rétro-péritonéale duodénale gauche. — *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1903, p. 889.

J'ai observé cette hernie sur un cadavre de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, homme d'une quarantaine d'an-

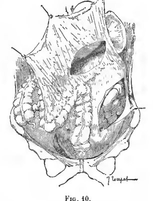


Fig. 10.

nées, ayant succombé vraisemblablement à une affection tuberculeuse des poumons. Le sac, de forme assez irrégulière, était situé dans la région latérale gauche de l'abdomen et se prolongeait dans le petit bassin qu'il remplissait presque

complètement laissant à peine en avant de lui la place de la vessie. Il s'ouvrait à droite par un orifice de forme ovalaire haut de 5 à 6 centimètres et large de 2 à 3. Le bord antérieur de cet orifice était marqué par une grosse veine, la veine mésentérique inférieure. Son bord postérieur répondait aux deux dernières vertèbres lombaires. Par cet orifice sortait la terminaison de l'iléon.

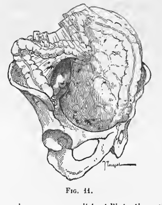


Fig. 11.

Le contenu du sac comprenait tout l'intestin grêle. On ne voyait de cet intestin que la première portion et la moitié de la seconde portion du duodénum d'une part, et, d'autre part, la terminaison de l'iléon.

Le gros intestin présentait la disposition suivante : cæcum normal un peu abaissé, le côlon ascendant ne remonte que jusqu'à l'extrémité inférieure du rein ; le côlon transverse est composé de deux parties : une, longue de 12 centi-

mètres, presque verticale, suivant le bord droit de la colonne vertébrale ; l'autre, un peu plus étendue, obliquement ascendante vers le flanc gauche. L'angle colique gauche est abaissé et reporté vers la ligne médiane.

Le côlon descendant descend presque verticalement sur le milieu de la tumeur, jusqu'en regard du détroit supérieur. Là, il s'enroule pour ainsi dire autour de la partie pelvienne du sac, et se continue avec une anse du côlon pelvien relativement courte.

Le grand épiploon s'attache au côlon transverse depuis l'angle droit jusqu'à l'angle gauche. A partir de cet angle gauche jusqu'à l'extrémité inférieure de la rate, il se détache de la grande courbure de l'estomac.

Il s'agissait donc bien ici d'une hernie duodénale gauche, analogue à celles que Treitz a décrites en 1857. La situation de la veine mésentérique inférieure, ses rapports avec le collet du sac permettent de penser que cette hernie s'est produite dans une des fossettes duodénales.

VI. — REINS.

Anomalie du rein. Ectopie pelvienne congénitale. — *Bulletin de la Société anatomique*, 29 janvier 1904.

Le rein gauche se trouvait sur ce sujet presque complètement logé dans la cavité pelvienne. Il reposait sur la cinquième vertèbre lombaire et sur les deux premières vertèbres sacrées. Il s'était moulé sur ces saillies osseuses et présentait une forme tout à fait irrégulière. Par son hile tourné en dehors, il recevait ses artères d'une double origine ; deux branches venaient de l'aorte, juste au-dessus de la bifurcation de cette dernière ; une troisième venait de l'hypogastrique. Les veines correspondant à ces artères étaient au nombre de deux ; l'une, grosse, se rendant à la veine hypogastrique, l'autre, plus petite, après avoir reçu la veine spermatique gauche, s'unissait à la veine descendante de la capsule surrénale pour aller, passant derrière l'aorte, se jeter dans la veine cave inférieure, au niveau de la troisième lombaire. Le bassinet dilaté formait deux poches réunies par un canal relativement court. Du fond de la poche inférieure partait un uretère qui, après un trajet de 10 centimètres, se terminait dans la vessie.

Diverticule de l'uretère. — *Bulletin de la Société anatomique*, 29 janvier 1904.

Il s'agit d'une anomalie rare de l'uretère, consistant en un diverticule en forme de doigt de gant, branché sur la partie terminale de l'uretère pelvien. Ce diverticule, long

de 31 millimètres se trouvait situé en dedans de l'uretère, d'ailleurs normal, qu'il rejoignait à 3 centimètres environ du bas-fond de la vessie. En haut, il se terminait en cul-de-sac, et n'était prolongé vers la région lombaire par aucun cordon fibreux.

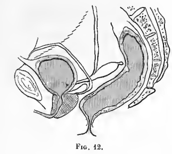


Fig. 12.

Son calibre était régulier, presque double de celui de l'uretère normal. Je n'ai pu, malheureusement, avoir aucun renseignement sur l'état du rein correspondant, pas plus que sur celui de l'appareil urinaire du côté opposé.

VII. — ORGANES GÉNITAUX.

Varicocèle utéro-ovarien. — *Bulletin de la Société anatomique*, 18 décembre 1896 et *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, février 1897.

Cette observation concerne une femme de 34 ans, entrée à l'hôpital Tenon pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë dont il fut impossible de diagnostiquer la cause. La laparotomie permit de reconnaître du côté des annexes gauches des brides fibreuses, dont l'une croisant une anse de l'intestin grêle était probablement la cause de l'étrangle-



Fig. 13. — Moitié de la poche enlevée pendant l'opération. — Le gros vaisseau béant représente probablement la veine utéro-ovarienne.

ment. Ces brides furent sectionnées. Les annexes présentaient un aspect très spécial. Elles étaient recouvertes d'un plexus variqueux très développé qui semblait se continuer avec l'épiploon au niveau du fond de l'utérus. La circulation était considérablement augmentée dans cet épiploon, les veines y étaient volumineuses, quelques-unes avaient le calibre d'une plume d'oie. L'épiploon fut réséqué, on extirpa également les annexes du côté gauche.

L'examen pratiqué immédiatement après l'opération montra que l'ovaire et la trompe étaient absolument sains. Au-dessous de la partie interne de la trompe se trouvait une poche, ou plutôt une moitié de poche ressemblant à un sac anévrysmal à en juger par l'épaisseur de ses parois. Un



Fig. 14.

V.u. Veine utérine. — *A.u.* Artère utérine. — *V.u.o.* Veine utéro-ovarienne. — *U.r.* Uretère.

gros vaisseau du calibre d'une plume d'oie, béant à la coupe, venait s'y jeter à la partie extrême ; au moment de l'extirpation des annexes, le fil du pédicule fut placé sur cette

poche qui s'est trouvée sectionnée par le milieu. De la poche partaient de nombreux petits vaisseaux allant vers l'ovaire.

La malade succomba malheureusement le lendemain de l'opération. Nous avons pu enlever l'utérus et les annexes droites, et la dissection nous a montré que la poche sectionnée n'était pas un anévrysme comme on pouvait le croire de prime abord, mais un carrefour, où venaient aboutir des veines extrêmement dilatées provenant de l'utérus et de l'ovaire. Le long de l'utérus, les veines sont énormes, elles s'intriquent les unes dans les autres, formant un plexus très difficile à disséquer à cause du tissu cellulaire résistant qui les réunit. En bas, ces veines s'unissent aux veines du col, pour former deux gros troncs qui suivent l'artère utérine. En haut, elles se jettent dans cette espèce de poche dont nous avons parlé, et qui a le volume d'une assez grosse noix. L'examen histologique de la paroi de cette poche a montré qu'elle avait bien la structure d'une veine. Les vaisseaux veineux du voisinage du fond de l'utérus, présentaient des traces d'inflammation ancienne.

Du côté droit, les veines étaient aussi très développées, moins cependant que du côté gauche.

Il s'agissait là d'un bel exemple de varicocèle pelvien extrêmement développé, ayant amené la formation d'une poche veineuse à parois résistantes dont l'inflammation provoqua la formation de brides et fut indirectement cause de l'occlusion intestinale.

Kyste dermoïde de l'ovaire. — *Bulletin de la Société anatomique*, 11 décembre 1896.

Ce kyste, développé chez une jeune fille de 21 ans, avait

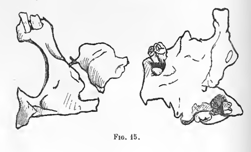


Fig. 15.



Fig. 16.

acquis un volume considérable. Il renfermait quatre litres de liquide café au lait, des masses sébacées, des poils et deux grosses pièces osseuses portant des dents.

VIII. — MEMBRES.

Fibrome-sarcome développé aux dépens de l'aponévrose du deltoïde. — *Bulletin de la Société anatomique*, juin 1896.

Cette tumeur, un peu plus grosse qu'une tête d'enfant nouveau-né, avait mis 10 à 12 ans à se développer. La malade âgée de 30 ans ne s'en était inquiétée qu'en lui voyant prendre rapidement une grosse augmentation de volume à l'occasion, semble-t-il, d'une grossesse (la sixième). L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire. Cette tumeur s'était développée aux dépens de l'aponévrose du deltoïde, le muscle lui-même restant indemne.

Luxation en arrière de la tête radiale consécutive à une fracture double du cubitus. Résection de la tête radiale. — *Revue d'orthopédie*, IX, p. 571.

Cette observation intéressante concerne une femme de quarante-cinq ans qui, dans une chûte de voiture, fut violemment projetée sur le sol et tomba le bras droit appliqué le long du corps, l'avant-bras fléchi devant la poitrine. Quand on la releva, on s'aperçut qu'il existait, sur la face postérieure du coude, une plaie étroite d'où sortait la tête radiale sur une longueur de deux à trois centimètres. Un médecin immédiatement appelé, fit sur l'avant-bras quelques tractions qui curent pour résultat de faire rentrer la tête sous les téguments. Le bras fut alors immobilisé en flexion à 120 degrés. Nous vîmes la malade deux mois après l'accident.

La limitation des mouvements était extrême. La flexion et l'extension ne se faisaient guère qu'entre 110 et 130 degrés. Les mouvements de pronation et de supination étaient extrêmement limités ; à la partie postérieure et externe du coude, on percevait la saillie de la tête radiale luxée en arrière ; à ce niveau persistait une petite fistule. La radiographie montrait que l'articulation huméro-cubitale était indemne. Le cubitus était fracturé en deux points : 1° en son tiers supérieur ; 2° un peu au-dessus de sa partie moyenne.

Entre ces deux traits de fracture existait un fragment de 3 à 4 centimètres. Quant au radius, il ne présentait aucune solution de continuité, mais son extrémité supérieure était luxée en arrière et remontait au-dessus de l'interligne d'une longueur proportionnelle au raccourcissement du cubitus.

L'opération pratiquée par M. Gérard-Marchant consista en la découverte et la résection de la tête radiale.

Les mouvements de flexion et d'extension redevinrent possibles dans une étendue suffisante pour permettre à la malade l'usage de son bras.

Cette fracture du cubitus est assez exceptionnelle, mais l'on s'explique fort bien le mécanisme de la luxation en haut et en arrière du radius devenu trop long par rapport au cubitus fracturé. Le seul traitement ici ne pouvait donc être que la résection de la tête radiale, puisque le cubitus était déjà consolidé.

Des luxations irréductibles du pouce en arrière, traitées par la méthode sanglante. — *Revue d'orthopédie*, septembre 1896, n° 5, p. 374.

C'est à l'occasion d'une observation de luxation du pouce (luxation complexe irréductible traitée par la méthode sanglante par notre maître, M. Gérard-Marchant) que nous

avons eu l'idée de recueillir les observations analogues parues pendant ces dernières années et de voir quels avaient été les obstacles à la réduction et comment on était parvenu à les supprimer. Il s'agissait d'un homme de 39 ans, entré à l'hôpital Tenon pour une luxation dorsale externe du pouce. Toutes les tentatives de réduction, même sous chloroforme, furent inutiles. On sentait très nettement que quelque chose, le sésamoïde probablement, se trouvait interposé entre la phalange et la face dorsale du métacarpien. Une incision dorsale externe permit en effet de découvrir ce sésamoïde retourné et présentant sa face cartilagineuse. Les tentatives pour le retourner et le remettre en place furent vaines. Il fallut l'extirper. La luxation se réduisit alors avec la plus grande facilité. Le résultat ultérieur fut satisfaisant.

Dans les observations semblables que nous avons rapportées, l'irréductibilité est attribuée à des causes très variables, soit à la capsule déchirée, soit au ligament glénoïdien, soit aux sésamoïdes et aux muscles qui s'y insèrent. Dans d'autres cas, c'est l'interposition du tendon long fléchisseur du pouce qui est incriminée.

Il ne faut pas voir là deux sortes d'obstacles complètement indépendants l'un de l'autre, comme le dit Rerink. Nous avons montré que suivant le degré de déplacement, suivant la position de la phalange luxée par rapport au métacarpien, on peut trouver divers organes interposés : de dehors en dedans, le sésamoïde externe, la sangle sésamoïdienne en totalité ou en partie, le tendon du long fléchisseur, le sésamoïde interne. En somme, c'est la sangle qui constitue le principal obstacle. Le traitement chirurgical de ces luxations se déduit de ces constatations : il faut aborder l'interligne par la face dorsale et chercher tout d'abord à

réduire en repoussant la sangle par dessus la tête métacarpienne. Si la réduction est impossible, il faut fendre la sangle entre les deux sésamoïdes, ou même réséquer un des sésamoïdes au besoin. Le tendon du long fléchisseur, s'il est interposé, se laisse alors repousser facilement. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement, pour des luxations déjà un peu anciennes, qu'on se trouvera amené à faire la résection de la tête du métacarpien.

Exostoses du fémur et ossification partielle du muscle crural.
Bulletin de la Société anatomique, décembre 1903, p. 866.

Les deux fémurs représentés ci-contre présentent sur



Fig. 17.

leur face antérieure, au-dessous du quart supérieur, une volumineuse exostose, dont la face supérieure, celle qui

était en rapport avec les fibres musculaires du muscle crural, était convexe et lisse en haut, tandis que plus bas elle devenait irrégulière et se terminait par une série de prolongements se perdant au milieu des fibres musculaires. Il existait d'ailleurs dans l'intérieur du muscle crural des masses osseuses absolument libres.

J'ai retrouvé les mêmes lésions sur un troisième fémur

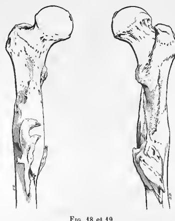


Fig. 18 et 19.

faisant partie de la collection de l'amphithéâtre des hôpitaux (V. fig. 19). Il en existe de semblable au musée Dupuytren. Il ne peut s'agir d'exostose ostéogénique. Je ne crois pas qu'il s'agisse non plus d'exostoses simples, mais plutôt d'une ossification musculaire.

Ossification des muscles obturateur interne et pyramidal du bassin. — *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1903, p. 869.

J'ai observé cette localisation curieuse sur le cadavre d'une femme d'une cinquantaine d'années. Le muscle obturateur interne était complètement ossifié dans toute la partie qui s'étend de la petite échancrure sciatique jusqu'au

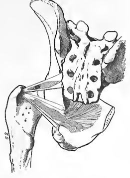


Fig. 20.

fémur. La masse osseuse, pour pouvoir se réfléchir sur l'échancrure a dû se fragmenter. Il en est résulté trois segments osseux réunis par des charnières mobiles. L'ossification ne va pas jusqu'au trochanter, et, c'est par des fibres tendineuses que le muscle vient s'insérer au fémur.

Dans l'épaisseur du pyramidal existait une longue aiguille osseuse, aplatie dans la partie moyenne, effilée à ses deux extrémités.

Le sujet a été complètement disséqué. En aucun point, il ne présentait d'autres traces d'ossification musculaire.

Ostéome du brachial antérieur (En collaboration avec le Dr Gandy). *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1903, p. 871.

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, opérée à l'hôpital Boucicaut par le Dr Gérard-Marchant. L'ostéome s'était développé à la suite d'une simple chute sur le coude, sans déplacement des surfaces articulaires. Un mois après l'accident, il existait déjà, rendant impossible la flexion au delà d'un angle de 120 degrés. Deux mois de massage ne modifièrent pas la situation. L'intervention fut simple et donna un très bon résultat au point de vue fonctionnel.

L'examen histologique montra que la tumeur était constituée en majeure partie par du *tissu osseux vrai*. Au pourtour de la masse osseuse se trouve une large zone de tissu fibreux. Dans ce tissu apparaissent des ostéoblastes. Il y a transition lente et véritable continuité du tissu fibreux au tissu osseux.

En certains points existent très nettement des îlots cartilagineux. Il ne s'agit donc pas ici d'un processus d'ossification périostique, enchondrale ou médullaire. C'est un processus particulier, une évolution métaplasique d'éléments de la série mésodermique revêtant successivement les types fibreux, fibro-cartilagineux, cartilagineux, puis osseux. Quant à l'origine même de ces éléments mésodermiques, nous n'avons pu la déterminer dans ce cas particulier, les fragments soumis à l'examen ne contenant plus traces, même à la périphérie, du tissu musculaire strié préexistant. Il nous paraît rationnel de considérer cette évolution métaplasique comme ayant son point de départ dans les éléments interstitiels du muscle.

Anévrysme poplité. Extirpation du sac. Guérison. — *Bulletin de la Société anatomique*, novembre 1897.

L'observation de cet anévrysme que j'ai opéré avec succès par l'extirpation n'offre d'intérêt que par ce fait qu'il s'agissait d'un homme âgé de 59 ans, un peu athéromateux



Fig. 21.

(il est mort 3 ans après d'hémorrhagie cérébrale) et que, malgré la résection de la veine poplitée qu'il fut impossible d'isoler du sac, la circulation se rétablit parfaitement. La guérison fut parfaite.

Fracture verticale du corps de l'astragale. Luxation du fragment postérieur en arrière.— *Bulletin de la Société anatomique*, février 1904.

Cette fracture s'est produite chez un jeune homme de 22 ans exerçant la profession de maçon. Il était tombé sur les talons d'une hauteur de 6 mètres. Après trois mois d'immo-

bilisation et de repos, le pied était fixé en équinisme. Il se passait à peine quelques mouvements de flexion et d'extension dans l'articulation tibio-tarsienne, de sorte que la marche était extrêmement pénible. En arrière de l'articulation tibio-tarsienne, entre elle et le tendon d'Achille, on sentait très nettement une masse osseuse dure, assez régulière et fixe. Le diagnostic de fracture de l'astragale, avec luxation en arrière du fragment postérieur, fut confirmé par la radio-



Fig. 22.

graphie. L'extirpation de ce fragment luxé fut assez pénible. Il fallut la compléter par la section du tendon d'Achille rétracté. La flexion du pied à angle droit devint alors possible ; le malade fut immobilisé quinze jours.

Le résultat fonctionnel fut bon : le pied est resté dans une attitude normale ; les mouvements de flexion et d'extension se font dans une étendue suffisante et le malade a pu reprendre ses occupations.

IX. — MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Technique de la sympathicectomie.

Nous avons exposé les différents temps de cette opération

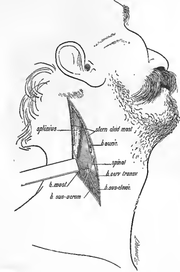


Fig. 23. — Résection partielle du sympathique cervical, 1er temps.

en modifiant quelque peu les procédés jusqu'alors décrits.

1[er] TEMPS. — INCISION DES TÉGUMENTS. — Au lieu de suivre le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, il nous paraît préférable de mener une incision, qui part immédiatement derrière la pointe de la mastoïde, et descend verticalement de manière à rencontrer le bord postérieur du

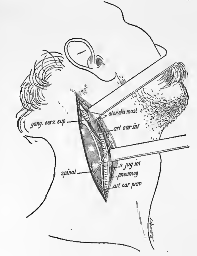


FIG. 24. — Découverte du sympathique cervical à la partie moyenne du cou, 2e temps.

muscle, après un parcours de cinq à six centimètres. Elle suit alors ce muscle dans le reste de son trajet. Cette incision croise dans sa partie supérieure les fibres obliques du

faisceau cléïdo-occipital du muscle. Ces fibres sont peu épaisses et l'on peut les sectionner sans inconvénient. On se donne ainsi beaucoup de jour, et l'opération est bien plus facile que par une incision suivant le bord postérieur dans tout son trajet.

Les téguments incisés, nous nous préoccupons immédiatement de la *recherche du nerf spinal*. Son point d'émergence le long du bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien se trouve d'une façon à peu près constante à quatre petits travers de doigt au-dessous du lobule de l'oreille.

Sa direction moins oblique, sa situation plus superficielle, son émergence hors des fibres du sterno-mastoïdien permettent de le distinguer des branches du plexus cervical superficiel.

2° Recherche du paquet vasculo-nerveux du cou. — Dénuder d'abord la veine jugulaire interne, puis la carotide et le nerf pneumogastrique vers la partie inférieure de l'incision.

3° Recherche et résection du sympathique. — Le paquet vasculo-nerveux récliné, il faut chercher le sympathique sur le plan prévertébral immédiatement en dedans des tubercules antérieurs des apophyses transverses. Le tronc une fois trouvé conduira vers le ganglion supérieur. Aprés *avoir vu et revu le pneumogastrique*, on sectionnera d'abord le tronc, puis le ganglion. On pourra faire ensuite la résection plus ou moins étendue du nerf et de ses ganglions moyen et inférieur.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. J. Thevenot. Saint-Dizier (Haute-Marne).